

RESUMEN DE BENEFICIOS



PLAN BÁSICO DE SALUD

BENEFICIO MÁXIMO DE POR VIDA\$1,000,000

LÍMITE DE GASTOS PERSONALES\$3,750 por persona / \$7,500 por familia, por año calendario

Una vez que se ha agotado el límite de gastos personales, este plan pagará 100% de los cargos cubiertos para proveedores participantes y los que no están disponibles en la red durante el resto del año calendario. Las cobras para cirugía cosmética, cirugía "orthognathic," y servicios y equipos proveídos por proveedores no participantes (excepto dentistas) son siempre pagados al porcentaje listado por proveedores no participantes y no se acumularán al límite de su bolsillo.

SERVICIO:	COPAGO:	BENEFICIO DESPUÉS DEL COPAGO CON PROVEEDOR PARTICIPANTE/PROVEEDOR NO DISPONIBLE EN LA RED:	BENEFICIO DESPUÉS DEL COPAGO CON PROVEEDOR NO PARTICIPANTE
CUIDADO PREVENTIVO			
Exámenes preventivos a bebés	\$15 por consulta	100%	100%
Exámenes físicos de rutina	\$15 por consulta	100%	100%
Exámenes ginecológicos de rutina	\$15 por consulta	100%	100%
Exámenes Preventivos de Niños (con Dentistas)	\$15 por consulta	100%	100%
Exámenes de Niños para examinar su Vista y Oído	\$15 por consulta	100%	100%
Vacunas		100%	100%
SERVICIOS PROFESIONALES			
Visitas al consultorio y al hogar		50%	50%
Visitas al Centro de Cuidados de Urgencia		50%	50%
Cirugía		50%	50%
SERVICIOS HOSPITALARIOS			
Alojamiento para pacientes hospitalizados		50%	50%
Cuidados de rehabilitación para pacientes hospitalizados		50%	50%
Cuidados de instalaciones de enfermería especializada		50%	50%
SERVICIOS AMBULATORIOS			
Cirugía ambulatoria		50%	50%
Radiología de diagnóstico y terapéutica y servicios de laboratorio		50%	50%
Tomografía computada e imágenes por resonancia magnética		50%	50%
Ingreso a la sala de emergencia		50%	50%
SERVICIOS DE SALUD MENTAL/DEPENDENCIA QUÍMICA			
Consultas		50%	50%
Cuidado para pacientes hospitalizados		50%	50%
Programas residenciales		50%	50%
OTROS SERVICIOS CUBIERTOS			
Terapia física		50%	50%
Inyecciones para alergias		50%	50%
Ambulancia terrestre		50%	50%
Ambulancia aérea		50%	50%
Equipo médico durable		50%	50%
Cuidado en el hogar		50%	50%
Beneficio de Farmacia	El mayor de \$15 o 50%	100%	100%

El pago por servicios cubiertos y rendidos por proveedores es establecido con los precios contractados con PacificSource. Aunque proveedores participantes aceptan los precios contractados, proveedores no participantes no son obligados a aceptar estos precios. Servicios cubiertos y rendidos por proveedores no participantes pueden resultar en balances además del beneficio indicado. El pago por servicios cubiertos y rendidos por proveedores no accesibles por el red sera permisible cuando PacificSource no ha contractado con proveedores para un servicio ó equipo en el area geographico del domicilio ó trabajo del miembro. El pago por servicios cubiertos y rendidos por proveedores no accesibles por el red es establecido por los precios usuales, costumarios, y resonables por el area geographico donde el servicio haya sido rendido. Para mas información, por favor refiere a la sección Payment to Providers que se encuentra en su libro de beneficios.

Éste es solamente un resumen de los beneficios. Sírvase consultar la información adicional provista para obtener una explicación detallada de los beneficios, incluyendo restricciones y exclusiones.